

乳幼児等サポート調査票

児童氏名		
年齢（調査日時点）	歳	

記入日	
記入者	
事業所確認者 事業所名・氏名	
署名 (保護者自筆)	

各項目の例示も参考にしつつ、該当する区分（全介助、一部介助など）にチェックをお願いします。

	項目	区分		
		<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 介助なし
①	食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		食べ物に特別な配慮を要する（きざみ食、流動食など） 安全面での配慮 手づかみ 著しい偏食 感覚過敏(食形態(温度、食感)のこだわり、食器のこだわり等) など		
②	排せつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		トイレトレーニングを行っている 大人の促しが必要 自宅のトイレ以外では出来ない など		
③	入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		自分で行えるが、1人で入浴させることはできない。 洗髪や洗顔、洗身に拒否を示す。 入浴する際に常に動いていて、見守り等の配慮が必要。 衣服の着脱に支援が必要 など		
④	移 動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		階段の昇り降り等、条件によって介助が必要 公共交通機関ではパニックになる 移動が安定せず途中で立ち止まる、座り込む、寝転んだりする など		

裏面も忘れずにご記入をお願いします

行動障害および精神症状

⑤ 強いこだわり、 多動、パニック 等の不安定な行 動又は危険の認 識を欠く行動	<input type="checkbox"/>	ほぼ毎日	<input type="checkbox"/>	週1回以上	<input type="checkbox"/>	なし	<p>○大声・奇声を出す ○多動・行動停止…周囲と無関係に動いてしまう、1箇所に留まれない、次の行動に移ることが難しい、など ○不安定な行動…特定の物・人へ固執する、パニック、突然泣き出す、突然の予定変更があると不安になる ○突発的な行動…突発的に道路に飛び出す、手を繋いでいても手を振り切り、気になる方に行く、など ○てんかん</p>
⑥ 睡眠障害又は食 事若しくは排せ つに係る不適応 行動（多飲及び 過飲を含む。）	<input type="checkbox"/>	ほぼ毎日	<input type="checkbox"/>	週1回以上	<input type="checkbox"/>	なし	<p>○異食行動…食べられないものを口に入れる ○過食・反すう等…過食、拒食がある、嘔吐を繰り返す、など ○昼夜逆転（睡眠）…入眠障害、睡眠時間の不安定さ（短時間睡眠、長時間睡眠等）、早朝覚醒、など</p>
⑦ 自分や他人の身 体を叩いたり傷 つけたりする行 為又は器物損壊 行為	<input type="checkbox"/>	ほぼ毎日	<input type="checkbox"/>	週1回以上	<input type="checkbox"/>	なし	<p>○自ら傷つける行為…自分の頭を叩いたり、床や壁に打ちつける。 ○他人を傷つける行為…他人を叩く、髪を引っ張る、蹴る、押す、物を壊したり投げたりする、など ○不適切な行動…見知らぬ人に対し抱きつく、過度に人や物の臭いを嗅ぐ行為、など</p>
⑧ 気分がふさぎこ んだ状態又は思 考力が低下した 状態	<input type="checkbox"/>	ほぼ毎日	<input type="checkbox"/>	週1回以上	<input type="checkbox"/>	なし	<p>○そううつ状態…過度な興奮状態、怒りやすい、日常の活動への興味や意欲が感じられない、など</p>
⑨ 反復的行動（再 三の手洗い又は 繰り返しの確認 を含む）	<input type="checkbox"/>	ほぼ毎日	<input type="checkbox"/>	週1回以上	<input type="checkbox"/>	なし	<p>○反復的行動…日常生活の中で、決まったルーティン（例：服を着る順番が決まっているなど）を行わないと次の行動にうつれない。</p>
⑩ 対人面の不安緊 張、感覚過敏、 集団への不適応 又は引きこもり	<input type="checkbox"/>	ほぼ毎日	<input type="checkbox"/>	週1回以上	<input type="checkbox"/>	なし	<p>週1回以上は「支援が必要な場合がある」 ほぼ毎日「常に支援が必要」と読み替え</p> <p>○対人面の不安緊張・集団への不適応…集団参加できない、不安緊張が高まるとその場で動けなくなる ○説明の理解…同時に2つ以上のことを指示されると行動が困難など ○コミュニケーション…特定の人（保護者など）としかコミュニケーションがとれない、会話のやりとりはなく、一方的に話しかける</p>
⑪ 読み書きが困難 な状態（学習障 害によるものを 含む。）	<input type="checkbox"/>	ほぼ毎日	<input type="checkbox"/>	週1回以上	<input type="checkbox"/>	なし	<p>週1回以上は「支援が必要な場合がある」 ほぼ毎日「常に支援が必要」と読み替え</p> <p>○読み書き…文字を介したコミュニケーション、また、文字を読むこと、書くことが困難 ○絵本や本に興味を示さない ○文字や数字に興味を示さない</p>

江東区使用欄

個別サポート加算（I）

該当 非該当

確認日

適用月

確認者

年 月 日

年 月
